



University of Groningen

Ervaringen met psychosociaal-anamnestic onderzoek als diagnostisch hulpmiddel in een huisartsenpraktijk

Brouwer, Willem

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
1962

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Brouwer, W. (1962). Ervaringen met psychosociaal-anamnestic onderzoek als diagnostisch hulpmiddel in een huisartsenpraktijk. Groningen: s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

SAMENVATTING

Als huisarts wordt men dagelijks geconfronteerd met patiënten, wier klachten of aandoeningen men niet of onvoldoende kan verklaren met de gegevens, die anatomie, physiologie en pathologie bieden.

Het merendeel van deze patiënten heeft klachten of aandoeningen, die mede worden bepaald door psychische factoren en milieufactoren.

Het aantal publikaties betreffende de onderlinge samenhang en beïnvloeding van de psychische en somatische menselijke aspecten, geschreven sinds 1935 en vooral na 1945, is groot. De invloed van al deze onderzoeken op de wijze, waarop de huisarts zijn patiënten onderzoekt en behandelt, is echter gering. Het blijkt n.l., dat het voor de huisarts allerm minst eenvoudig is de grote hoeveelheid kennis, die in deze literatuur is beschreven, diagnostisch en therapeutisch in een voor de algemene praktijk bruikbare vorm te brengen.

Wel komt men tot de ontdekking, dat het nagaan van de levensgeschiedenis van de patiënt een belangrijk element is in de toegepaste onderzoeksmethoden. Nu is deze biografisch-anamnestiche methode reeds lang een erkend en toegepast onderdeel van het psychiatrisch onderzoek. Een dergelijke methode kan evenwel ook bij de niet-psychiatrische patiënt van dienst zijn. Met name de onderzoeken van Querido hebben dit duidelijk aangetoond.

Het staat echter allerm minst vast, dat bij het overhevelen van deze in wezen psychiatrische onderzoeksmethode naar de huisartsenpraktijk, de toepassingsmogelijkheden en de te bereiken resultaten identiek zullen zijn.

Een onderzoek naar de mogelijkheden en beperkingen van biografisch onderzoek in de algemene praktijk is derhalve van belang te achten.

Bij het formuleren van de doelstelling van het onderzoek heeft als uitgangspunt gediend de overweging, dat een biografische onderzoeksmethode eerst dan haar plaats in de huisartsengeneeskunde volledig heeft veroverd, zodra deze methode kan worden toegepast op het moment, dat klachten van een patiënt dit vereisen. Het gaat er dus om *met een minimum aan tijd een maximum aan betrouwbare en bruikbare gegevens te verkrijgen.*

Het aantonen van een oorzakelijk verband tussen verkregen psychosociale gegevens enerzijds en klachten of aandoeningen anderzijds is in het algemeen een moeilijke en voor de huisarts zelfs een onmogelijke taak, omdat te veel tussenliggende schakels zich aan het oog van de huisarts onttrekken.

Het aantonen van een samenhang tussen belastende psychische en milieufactoren en klachten of aandoeningen is evenmin een taak van

de huisarts. Dergelijke relaties zijn echter met toepassing van de daartoe geëigende methodiek tot uitdrukking gebracht in tal van statistische onderzoekresultaten.

Daarentegen is *het betrekken* van belastende psychische factoren en milieufactoren *in de diagnostische interpretaties* onmisbaar in het dagelijks werk van de huisarts.

Het toekennen van diagnostische betekenis aan bepaalde psychosociale gegevens steunt dan op de ervaringen van anderen en op eigen waarnemingen, die soms zodanig overeenkomen met de ervaringen van anderen of zelfs passen in reeds bestaande theorieën, dat daardoor het bestaan van een relatie aanzienlijk aan waarschijnlijkheid wint. Een aldus tot stand komende interpretatie is in een empirische wetenschap als de geneeskunde heel gewoon en verdient erkenning als een juiste werkwijze, mits men zich bewust is van het subjectieve element in deze interpretaties. Steeds opnieuw zal men daarom moeten trachten deze interpretaties te toetsen aan nieuwe b.v. tijdens het ziekteverloop ter beschikking komende gegevens of aan meer recente ervaringen van anderen.

Met bovenstaande gedachtengang voor ogen is de doelstelling van het onderzoek als volgt geformuleerd:

Was het als huisarts mogelijk een biografisch-anamnestiche onderzoeksmethode in te passen in het dagelijks werk en in hoeverre werd met behulp van een dergelijke onderzoeksmethode een beter inzicht verkregen in de betekenis der klachten van patiënten van 18 jaar en ouder?

Het onderzoek beperkt zich dus tot de mogelijkheden op diagnostisch gebied ten aanzien van de „klagende” patiënten van 18 jaar en ouder. Bovendien gaat het om de waarde van een biografische onderzoeksmethode als aanvulling op het min of meer intuïtief gevormde diagnostisch inzicht van de huisarts.

De vraagstelling werd gesplitst in de volgende meer gerichte vragen:

1. Was een indicatiestelling tot het verrichten van biografisch-anamnestiche onderzoek mogelijk en te effectueren?
2. Welke waren de met behulp van het biografisch interview te verkrijgen diagnostische gegevens?
3. Wat was de diagnostische en eventueel andere waarde van deze gegevens?
4. In welk opzicht lijkt verhoging van het rendement der biografische methode mogelijk?

Als biografisch-anamnestiche onderzoeksmethode werd gebruikt de psychosociale anamnese van Weijel, zij het in iets gewijzigde vorm, en wel om de volgende redenen:

1. De voor het opnemen van een psychosociale anamnese benodigde tijd is aanmerkelijk korter dan de tijd, die andere meer uitvoerige biografische methoden vergen. De mogelijkheid, om in de algemene praktijk meerdere patiënten biografisch te ondervragen, wordt daardoor aanzienlijk vergroot.
2. Weijel bedient zich van objectieve en subjectieve vragen, waarbij zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van vragen naar objectieve feiten. Tijdens het bespreken van deze objectieve feiten ontstaat een gespreks sfeer, die in het algemeen het stellen van de subjectieve vragen vergemakkelijkt.

Het onderzoek bestond uit de volgende verrichtingen:

- A. Gedurende een proefperiode van twee weken werden alle arts-patiënt contacten geregistreerd. Hieruit werden geselecteerd alle eigen patiënten van 18 jaar en ouder, die gedurende deze periode contact met hun huisarts hadden gezocht wegens bestaande klachten. Bij al deze patiënten werd nagegaan, of en zo ja op welke gronden een psychosociaal interview als middel tot uitbreiding van het diagnostisch inzicht, geïndiceerd leek.
- B. Van deze patiënten werd een ziektegeschiedenis samengesteld inclusief het ziekteverloop gedurende één jaar na de proefperiode.
- C. Ten aanzien van elke patiënt werd door de huisarts-onderzoeker en door een psychiater afzonderlijk nagegaan, wat het aandeel van de psychosociaal-anamnestic verkrege n gegevens in het diagnostisch totaalinzicht is geweest.

Dit diagnostisch totaalinzicht is tot uitdrukking gebracht in een omschrijving, omvattende

- a. een etikettering van de somatische ziekteverschijnselen
- b. een formulering van de psychische functionele toestand van de patiënt
- c. een aanduiding van belastende psychische factoren en milieu-factoren, die ten aanzien van het ziektebeeld van invloed werden geacht.

De met behulp van de psychosociale anamnese verkregen gegevens werden gewaardeerd als

1. *essentieel*,
wanneer — de ziekte-anamnese buiten beschouwing gelaten — de diagnostische omschrijving uitsluitend of bijna uitsluitend steunde op deze gegevens
2. *complementair*,
wanneer de diagnostische omschrijving zowel op gegevens uit de psychosociale anamnese als op anderzijds verkregen gegevens steunde

3. *dubieus*,
wanneer de met de psychosociale anamnese verkregen gegevens
mogelijkerwijze van essentiële of complementaire aard waren,
maar als zodanig niet met zekerheid konden worden aangeduid
4. *negatief*,
wanneer de psychosociale anamnese geen voor de diagnostische
omschrijving van belang zijnde gegevens had opgeleverd.

Bovendien gaf de psychiater bij elke patiënt zijn oordeel betreffende het bereikte resultaat.

- D. Nagegaan werd, in hoeverre het zich over één jaar uitstrekkende ziekteverloop het diagnostisch inzicht heeft bevestigd, aangevuld of gecorrigeerd.

De resultaten van het onderzoek waren als volgt:

Gedurende de proefperiode vonden 662 verrichtingen plaats, waarvan 567 verrichtingen ten bate van 369 eigen patiënten; 154 patiënten waren 18 jaar of ouder en hadden gedurende genoemde periode wegens bestaande klachten contact met hun huisarts gezocht. Van deze 154 patiënten werd bij 63 patiënten een psychosociaal interview geïndiceerd geacht; bij 3 patiënten was dit om praktische redenen niet mogelijk, zodat 60 patiënten overbleven, bij wie een psychosociale anamnese op positieve indicatie tot stand kwam.

Bovendien werden nog 8 patiënten psychosociaal ondervraagd, zonder dat anamnestiche gegevens of bevindingen tijdens het onderzoek hiertoe aanleiding gaven. Dit waren allen patiënten, lijdende aan een chronische aandoening.

Van de 68 psychosociaal geïnterviewde patiënten zijn in een schematisch overzicht weergegeven de indicatie tot het psychosociaal onderzoek, de opvallende psychische eigenschappen, de traumatiserende ervaringen in het verleden, conflictsituaties, gestoorde relaties t.o.v. sleutelfiguren, de diagnostische omschrijving, de waardering door huisarts en door psychiater en het psychiatrisch oordeel betreffende het bereikte diagnostisch inzicht.

De ziektegeschiedenissen van de genoemde 154 patiënten zijn behoudens enkele uitzonderingen volledig weergegeven en in een appendix samengevoegd.

Het ziekteverloop van de 60 op positieve indicatie psychosociaal geïnterviewde patiënten was ten aanzien van de gedurende de proefperiode geformuleerde diagnostische omschrijving:

bevestigend	bij 40 patiënten
aanvullend	bij 2 patiënten
bevestigend en aanvullend	bij 1 patiënt
corrigerend	bij 2 patiënten
neutraal	bij 15 patiënten

Bij nadere beschouwing van de resultaten van het onderzoek viel het volgende op te merken:

1. Het bleek mogelijk te komen tot een betrouwbare indicatiestelling, wat betreft het opnemen van een psychosociale anamnese.
2. De indicaties berustten bijna steeds op een combinatie van gegevens betreffende
 - a. vroegere ziekten
 - b. familie-anamnese
 - c. aard, begin en variëren der klachten
 - d. psychische of somatische bevindingen tijdens consult of visite
 - e. reeds bekende psychosociale gegevens
3. Het geïndiceerd verrichten van psychosociaal onderzoek vergde aanvankelijk veel tijd. Na vrij korte tijd was echter het aantal psychosociale interviews gedaald tot een aantal, dat zonder moeilijkheden kon worden afgewerkt; dit als gevolg van het feit, dat de patiënten met een positieve indicatie tot psychosociaal onderzoek veelal behoorden tot de regelmatig door de huisarts te bezoeken patiënten (reuma-, hartpatiënten e.a.) of tot de regelmatige bezoekers van het spreekuur.
4. De met behulp van het psychosociaal interview verkregen gegevens konden worden onderscheiden in vier groepen, n.l.
 - A. opvallende psychische eigenschappen
 - B. traumatiserende ervaringen in het verleden
 - C. conflictsituaties
 - D. gestoorde relaties t.o.v. sleutelfiguren.
5. Gegevens, behorende tot groep B en C, kwamen het meest frequent aan het licht, n.l. bij 43 resp. 41 patiënten.
6. Voor de beoordeling van de betekenis van een bepaalde conflict-situatie bleken de traumatiserende ervaringen in het verleden van groot belang. Het uitsluitend informeren naar „moeilijkheden” is dan ook als vorm van psychosociaal onderzoek onvolledig, dus onvoldoende te beschouwen.
7. Verreweg de meeste traumatiserende ervaringen in het verleden hadden betrekking op situaties in het ouderlijk gezin.
8. Het merendeel der conflictsituaties had betrekking op het huwelijks- en gezinsleven (gemis aan liefde en steun van huwelijks-partner, dominerende huwelijkspartner e.a.), de situatie in het beroep (gestoorde autoriteitsverhouding, financiële problemen e.a.) en het sociale gemeenschapsleven (gevoel niet te worden geaccepteerd e.a.).
9. De gestoorde relaties t.o.v. sleutelfiguren bestonden grotendeels uit een ambivalente instelling t.o.v. de huwelijkspartner, een passief-

afhankelijke instelling t.o.v. de moeder en een ambivalente instelling t.o.v. de moeder.

10. De geconstateerde opvallende psychische eigenschappen vormden meestal een aanvulling of bevestiging van de reeds bestaande indruk betreffende de patiënt.
11. Positieve tevoren niet bekende psychosociaal-diagnostische gegevens werden met behulp van de psychosociale anamnese verkregen volgens de huisarts bij 47, volgens de psychiater bij 55 van de 60 op positieve indicatie geïnterviewde patiënten; hiervan werden bij 18 resp. 25 patiënten de gegevens gewaardeerd als essentieel.
12. De waardering *essentieel* of *complementair* bleek overeenkomstig de verwachting in hoge mate afhankelijk van de aard van het ziektebeeld.
13. Volgens het oordeel van de psychiater was bij de 60 op positieve indicatie geïnterviewde patiënten het bereikte diagnostisch resultaat voldoende bij 41 patiënten, niet geheel voldoende bij 16 patiënten en onvoldoende bij 3 patiënten.
14. Bij 40 patiënten leverde het ziekteverloop feiten op, die een bevestiging inhielden van het diagnostisch oordeel; bij 2 patiënten bleek gedurende het ziekteverloop het diagnostisch oordeel onjuist, althans onvolledig.
15. Het psychosociaal interview bleek behalve op diagnostisch gebied bovendien voordelen te bieden door een gunstige beïnvloeding van de huisarts-patiënt relatie en door het scheppen van mogelijkheden tot een meer genuanceerde verwijzing naar de specialist.
16. Het diagnostisch en therapeutisch effect van de psychosociale anamnese kan worden verhoogd door:
 - a. een betere scholing van de huisarts, zowel door middel van wijzigingen in de universitaire opleiding als door middel van een intensieve nascholing
 - b. een meer uitvoerige onderzoeksmethode, indien daarvoor tijd beschikbaar is
 - c. een verbetering van de omstandigheden, waaronder de huisarts zijn werk thans pleegt te verrichten (meer tijd, meer genuanceerde samenwerking met de specialist, voorlichting aan het publiek).

SUMMARY

Every general practitioner daily meets patients, whose complaints or diseases can hardly be explained by the facts, which the anatomy, physiology and pathology offer.

Most of these patients have complaints or diseases which are partly conditioned by psychic and environmental influences.

Numerous publications concerning the interplay between the psychic and somatic human aspects have been written since 1935 and especially after 1945. Nevertheless the influence of all these studies on the way in which the general practitioner examines and treats his patients is small. Indeed, it is far from simple for a general practitioner to shape the great quantity of knowledge contained in this literature into a diagnostic and therapeutic technique which can be used in general practice. One does discover, however, that going into the patient's life history is an important element in the research methods applied. This biographical anamnestic method has already for a long time been a recognized and integral part of the psychiatric examination. However, a similar method can also serve in the case of a non-psychiatric patient. Notably the researches of Querido have clearly proved this.

But it is by no means a fact that this essentially psychiatric method, when transferred to general practice, will find the same scope or produce identical results.

An inquiry into the possibilities, and limitations of life-history taking in general practice, may, for the above reasons, prove rewarding.

Starting-point in formulating the object of the investigation was the consideration that a technique of life-history taking will only establish itself completely in general practice if it can be applied at the moment when the patient's complaints require this. The question is, therefore, how to collect a *maximum of reliable and useful data in a minimum of time*.

It is, generally, difficult, and for a general practitioner even impossible, to *isolate the causal connection* between psycho-social data and complaints or diseases, because too many links are invisible for him.

Showing the connection between active psychic and environmental factors on the one hand, and complaints or illnesses on the other, does not belong to his task either. Such connections, however, with the application of the appropriate methods, have been laid down in numerous statistic test results.

On the other hand, *bringing* the active psychic and environmental factors *within the scope of the diagnostic interpretations* is indispensable in the daily work of the general practitioner.

The diagnostic evaluation of certain psychosocial data in general practice is, consequently, an interpretation based on others' experiences, and on one's own observations which sometimes compare so favourably with those of others, or even fit in known theories, that such an interpretation becomes highly probable. An interpretation arrived at in this way is quite common in an empiric science like medicine, and deserves recognition as a correct method, provided allowance is made for the subjective element. Again and again it must be tried to test these interpretations by fresh data which become available for instance during the follow-up of the illness, or by more recent experiences of others.

The above train of thought led to formulating the aim of the study as follows:

Was it possible as a general practitioner, starting from indications, to fit a biographical-anamnestic technique of examination into the work of every day and to what extent can a general practitioner gain a better insight into the complaints of patients aged 18 and upward?

Thus the research is restricted to what was possible diagnostically with regard to 'complaining' patients of 18 years or older.

It is, moreover, concerned with the value of a biographical technique of examination to complete the more or less intuitively formed diagnostic assessment of the general practitioner.

The problem was divided into the following more specific questions:

1. Could an indication be reached from which a biographic-anamnestic inquiry can be started?
2. What were the diagnostic data which can be obtained by the biographic interview?
3. What was the diagnostic and evt. other value of the data?
4. In what respect did it seem possible to increase the diagnostic value of the biographic method?

As biographic-anamnestic method of examination the psychosocial anamnesis of Weijel was used, although slightly modified, for the following reasons:

1. The time required for taking a psychosocial anamnesis is considerably shorter than that required by other, more detailed biographical methods. This greatly increases the number of patients in general practice that can be interviewed.
2. Weijel uses objective and subjective questions, giving preference, as much as possible, to those asking for objective facts. While discussing these objective facts, an atmosphere develops, which as a rule facilitates asking subjective questions.

The material for the research was collected as follows:

- A. During a two weeks' test period all the doctor-patient contacts were recorded. From these a selection was made of all patients aged 18 or older who had sought contact with their family-doctor during this period because of existing complaints. In the case of all these patients it was ascertained whether, and if so on what grounds, there seemed to be an indication for a psychosocial interview as a means to extend the diagnostic insight.
- B. A medical history was taken of these patients, including the follow-up of the illness during one year after the test period.
- C. For each patient the contribution of the psychosocial anamnestic data to the total diagnostic picture was ascertained by doctor-researcher and psychiatrist separately.

This complete diagnostic picture was drawn by describing it, which consisted in

- a. labelling the somatic phenomena of the illnesses;
- b. formulating the psychical functional condition of the patient;
- c. recording the active psychic and environmental factors which were considered to affect the syndrome.

The data collected by means of the psychosocial anamnesis were evaluated as follows:

- 1. *essential*
when — leaving the anamnesis of the illness apart — the diagnostic description was based exclusively, or almost exclusively, on these data;
- 2. *complementary*
when the diagnostic description was based on data from the psychosocial anamnesis as well as on data obtained otherwise;
- 3. *dubious*
when the data obtained by the psychosocial anamnesis might be essential or complementary, but could not with certainty be classified as either;
- 4. *negative*
when the psychosocial anamnesis did not produce data which were significant for the diagnostic description.

Moreover, the psychiatrist gave his view of the result attained with each patient.

- D. Following the illness for one year it was ascertained whether the diagnostic insight was confirmed, complemented, or corrected.

The results of the investigation were as follows:

During the test period 662 performances took place, of which 567 concerned 369 private patients; 154 patients were 18 years or older and had

contacted their family doctor on account of existing complaints. Of these 154 patients 63 were considered indicated for a psychosocial interview: in the case of 3 patients this was not possible for practical reasons, so that 60 patients remained, of whom a psychosocial anamnesis could be taken on positive indication.

A further 8 patients were interviewed psychosocially, without anamnestic data or findings during the examination inducing to it. These were patients suffering from chronic diseases.

Concerning the 68 patients who were psychosocially interviewed the following items have been represented diagrammatically: the indication which led to the psychosocial examination, the striking psychic qualities, the traumatic experiences in the past, situations of conflict, disturbed relationship with key figures, the diagnostic description, the evaluation of the general practitioner and of the psychiatrist, and the psychiatric judgement of the diagnostic insight reached.

The case histories of the 154 patients mentioned have been given in full, apart from a few exception, and collected in an appendix.

Compared with the diagnostic description formulated during the test period the follow-up of the 60 patients, interviewed on positive indication were

confirmative	for 40 patients
complementary	for 12 patients
confirmative and complementary	for 1 patient
corrective	for 2 patients
neutral	for 15 patients

Further analysis of the results showed:

1. It was possible to attain a reliable indication for taking a psychosocial anamnesis.
2. The indications nearly always rested on a combination of data about
 - a. previous illnesses
 - b. family anamnesis
 - c. nature, commencement and varying of complaints
 - d. psychic or somatic findings in consulting-room or at home
 - e. psychosocial data already known.
3. At first the indicated psychosocial inquiry took much time. After a relatively short time, however, the psychosocial interviews decreased to a number that could be dealt with, as the patients with a positive indication for a psychosocial inquiry usually belong to the regular callers at the surgery or to those regularly visited by the doctor (rheumatic and cardiac patients, etc.).

4. The data obtained with the help of psychosocial interviews could be divided into four groups:
 - A. striking psychic qualities
 - B. traumatic experiences in the past
 - C. situations of conflict
 - D. disturbed relationships with key figures.
5. Data belonging to groups B and C were the most frequent, viz. for 43, 41 patients respectively.
6. For the evaluation of the significance of a conflict situation the traumatic experiences in the past appeared to be very important. Exclusively inquiring after 'difficulties' as a form of psychosocial examination is, therefore, incomplete, i.e. insufficient.
7. Most of the traumatic experiences in the past were connected with situations in the parental home.
8. The greater part of the conflict situations were related with marital and family life (lack of love and support of the partner, domineering partner, etc.), the situation in the job or profession (strained relationship with authority, financial problems etc.) and the social community (feeling of not being accepted etc.).
9. The disturbed relationships with key figures consisted for the greater part in an ambivalent mental attitude towards the marriage partner, a passively dependent attitude towards the mother, and an ambivalent attitude towards the mother.
10. The striking psychic qualities that were observed usually complete or confirm the impression the patient had already made.
11. Positive, previously unknown psycho-social diagnostic data were obtained by means of the psychosocial anamnesis from 47 according to the general practitioner, 55 according to the psychiatrist, out of the 60 patients who were interviewed on the ground of positive indication; these data were evaluated as essential for 18 and 25 patients respectively.
12. The evaluation *essential* or *complementary* appeared to be highly dependent on the nature of the syndrome, as was expected.
13. In the judgement of the psychiatrist the diagnostic result attained for the 60 patients interviewed on positive indication was sufficient for 41 patients, not quite sufficient for 16 patients, and insufficient for 3 patients.
14. For 40 patients the follow-up of the cases yielded facts which confirmed the diagnostic insight; for 2 patients the course of the disease proved the diagnostic insight to be incorrect, or at least incomplete.

15. It appeared that the psychosocial interview not only offered advantages diagnostically, but it also favourably influenced the doctor-patient relationship, and made it possible to draw up a more detailed referral to the specialist.
16. The diagnostic and therapeutic effect of the psychosocial anamnesis could be enhanced by
 - a. a better training of the general practitioner, by means of alterations in the university training as well as by means of intensive post graduate courses;
 - b. a more thorough-going method of examination, if time is available for it;
 - c. an improvement of the conditions under which the general practitioner usually performs his task at present (more time, better co-operation with the specialist, instruction of the public).